



CASOS CLÍNICOS

COLGAJOS CUTÁNEOS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL ÁREA NASAL INVADIDA POR CARCINOMAS BASOCELULARES

Dra. Liliana Vera Navarro*

RESUMEN

En Cirugía Dermatológica muchas veces nos enfrentamos al desafío de reparar un defecto de tejido causado por la extirpación quirúrgica de una lesión, tal es el caso de carcinomas cutáneos.

La reparación de una herida necesita a veces de otras técnicas diferentes a la simple sutura borde a borde, en especial en los casos en los que la pérdida de sustancia es muy amplia y es imposible el cierre por simple aproximación.

Es así que desde el punto de vista conceptual, la variedad de opciones para reparar estos defectos pueden reducirse a: cicatrización natural por segunda intención, colocación de un injerto cutáneo, o movilización de tejido adyacente; siendo esta última técnica la que correspondería a los colgajos.

PALABRAS CLAVE

Epitelioma basocelular o basalioma. Colgajos por deslizamiento y de transposición.

INTRODUCCIÓN

La nariz es la localización más frecuente del cáncer de piel en el cuerpo humano, y el epitelioma basocelular (basalioma) el tipo de carcinoma predominante en dicha zona de la cara. En porcentajes del 90% de los basaliomas que se localizan en la cabeza y el cuello, el 25% se sitúa en la región nasal.

La elevada incidencia para el desarrollo de este cáncer en esta ubicación, se debe a que la posición central y prominente de la nariz en la cara se correlaciona con su constante y prolongada exposición a la luz solar.¹

El crecimiento del carcinoma generalmente es lento, y en la mayoría de los casos, progresa hacia la ulceración. Se extiende localmente y su metástasis es extremadamente rara.

La morbimortalidad causadas por el mismo, se deben a su extensión directa dentro de las estructuras adyacentes del esqueleto craneofacial.¹

Entre los métodos descritos para el tratamiento del carcinoma basocelular ubicado en la región nasal, la escisión quirúrgica ofrece mayores ventajas frente a técnicas de curetaje, electrocoagulación o radioterapia.¹

Además el tratamiento quirúrgico permite el estudio histopatológico de la lesión extirpada, y evidenciar o descartar la presencia de infiltración tumoral en los márgenes de resección (los que deben estar entre 2 y 10mm); y en profundidad. Por lo general, se observa que las recurrencias no exceden del 5% cuando se trata de extirpación quirúrgica.

* Especialista Médica Dermatóloga. Docente Titular de Farmacología-Facultad de Medicina -UMSA

La reconstrucción del defecto producido tras la escisión del tumor, con resultado funcional y estético aceptables, plantea un importante reto, existiendo una gran variedad de métodos descritos para la reparación de defectos nasales o cobertura de los mismos; siendo los colgajos cutáneos, una alternativa a través de los cuales se aporta una cobertura externa, y a la vez, un revestimiento interior.¹

A continuación se presentan dos casos clínicos de reconstrucción de defectos secundarios a la extirpación de carcinomas basocelulares de localización nasal, mediante dos variedades de colgajos.

CASO CLÍNICO 1

Paciente varón de 71 años, procedente de La Paz, de ocupación vendedor ambulante, con tumoración de un año de evolución, con crecimiento progresivo y dolor ocasional. Al examen físico evidenciaba una lesión tumoral, de color negro, de 1,5 por 1,3cm de diámetro, localizada en dorso de pirámide nasal, con superficie central ulcerada y bordes irregulares (Fig. 1).

La biopsia y estudio histopatológico confirmo la sospecha de un carcinoma basocelular ulcerado, sólido con componente infiltrante. Se realizó exéresis de toda la tumoración en bloque, tomado 4mm de tejido perilesional sano, y por el tamaño de la lesión y su defecto se optó por realizar un colgajo por deslizamiento.

Se disecó el pedículo del colgajo por debajo del tejido celular subcutáneo manteniendo al menos 1,5 cm de diámetro, considerando la longitud y ancho del defecto, y una vez extirpado el tumor se deslizó el colgajo hacia abajo. Se suturó por planos el defecto, se realizaron dos triángulos de Burrow en la parte superior del pedículo para corregir los pliegues en la base o excedentes de piel (Fig. 2).

El paciente presentó un postoperatorio satisfactorio sin complicaciones. Las suturas fueron retiradas tras 7 días de la

intervención (Figura N° 3 y 4).

Figura N° 1
Basalioma y diseño del colgajo.

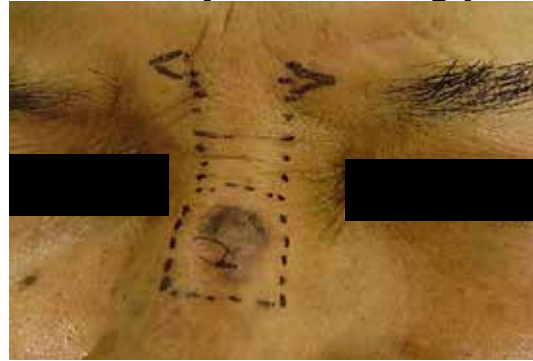


Figura N° 2
Postextirpación y sutura



Figura N° 3
A los 3 meses

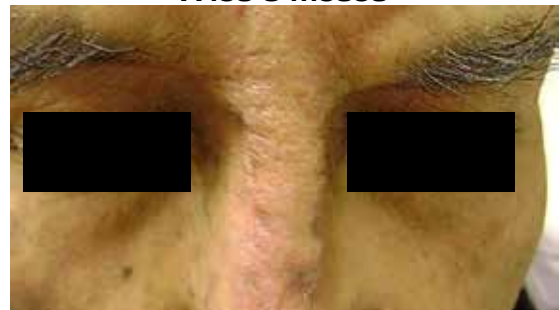


Figura N° 4
A los 6 meses



CASO CLÍNICO 2

Paciente mujer de 65 años, comerciante, procedente de Caranavi (La Paz), con tumoración nasal de rápido crecimiento y dolorosa, de 10 meses de evolución. La exploración mostraba una lesión tumoral de 2 por 1,5cm de diámetro afectando la raíz nasal, hacia el lado izquierdo, próxima al ángulo interno del ojo (Figura N° 5).

El estudio histopatológico reportó un carcinoma basocelular. Se realizó la exéresis de toda la lesión, tomado 4mm de margen de seguridad, optando para reparar el defecto un colgajo por transposición bilobulada, ante la imposibilidad de cierre directo (Fig. N° 6).

Efectuando la incisión del diseño, el colgajo utilizo dos sitios donadores adyacentes para cerrar el defecto, el primer lóbulo del colgajo cerró el defecto, y el segundo tomado del área glabellar, el sitio donador del primer lóbulo del colgajo; se suturó con puntos a lo largo de la incisión (Figura N° 7).

Los puntos de sutura fueron retirados tras 7 días de la intervención y en control postoperatorio no presento complicaciones (Figura N° 8).

Figura N° 5
Basalioma



Figura N° 6
Diseño del Colgajo



Figura N° 7
Postextirpación y sutura



Figura N° 8
A los 3 meses



DISCUSIÓN

La pirámide nasal es la localización más frecuente del cáncer de piel, lo que da gran importancia al conocimiento de las técnicas quirúrgicas reconstructivas de esta región. La nariz supone un reto quirúrgico debido a que el contorno de la zona es compleja, con áreas cóncavas y convexas, la piel presenta diferencias de color y textura según la región, y además, cuando se extirpa una tumoración, la pérdida de sustancia no solo afecta a la piel, sino también el cartílago, los músculos y la mucosa endonasal.²

ASPECTOS ANATÓMICOS

La estructura de la pirámide nasal está constituida en su tercio superior por los huesos nasales, y en sus dos tercios inferiores por los cartílagos nasales. La zona posteroinferior del ala de la nariz esta desprovista de cartílago y esto

puede provocar el colapso de la fosa nasal si se extirpa el cartílago alar, que constituye el armazón interno de sostén. La irrigación está a cargo de una red de ramas arteriales anastomosadas, procedentes de varios troncos arteriales como la arteria facial con su vena, las que corren a lo largo del surco lateral de la nariz.²

Para el diseño de un colgajo mediofrontal se considerará la arteria supratroclear para evitar lesionarla y causar necrosis. En la mayoría de los casos la extirpación de una tumoración nasal puede ser realizada mediante la infiltración perilesional de un anestésico local; ante lesiones de gran tamaño puede emplearse bloqueo regional de los principales troncos nerviosos.²

Se recurre a la técnica de trasplante, cuando para reparar una herida se desplaza una porción de tejido desde una zona a otra. Si el tejido mantiene una vinculación con el sitio de origen, se llama colgajo.

Un colgajo se define como una masa o labio de tejido vivo separada de su asiento habitual, pero que mantiene una conexión parcial con él, por medio de un pedículo que le asegura su nutrición después del trasplante; usado para llenar un defecto en una región vecina.³

La planeación y creación de los colgajos están entre los procedimientos quirúrgicos dermatológicos más estimulantes y que generan más recompensas. Para ello debe identificarse el tejido adyacente al defecto, que es capaz de liberarse parcialmente y después moverse hacia el defecto mediante avance, rotación o transposición.⁴

Se practica así una sección de piel de forma variada, y de todo su espesor, que se traslada a una zona inmediata, para cubrir y reparar la pérdida de sustancia quirúrgica.

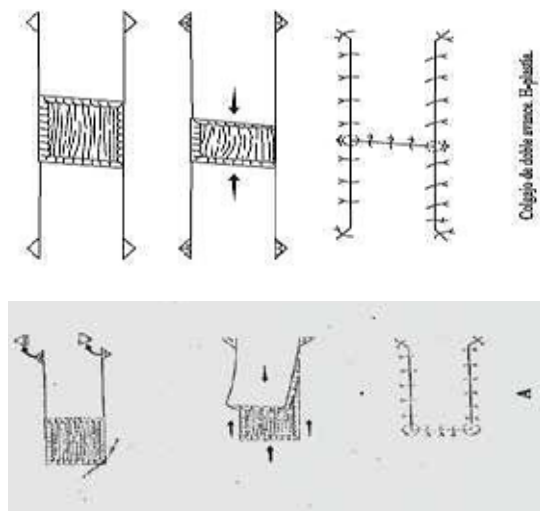
Al tallar un colgajo, debe tenerse presente que su revascularización o nutrición va a estar asegurada por los vasos que contenga el pedículo.^{2,3,4}

Una correcta relación ancho-largo del colgajo y del pedículo, así como una buena hemostasia del mismo y del lecho receptor, son factores importantes para facilitar la revascularización y posibilitar el drenaje linfático. El colgajo contiene epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo, y debe ser de espesor uniforme.^{2,3}

Los colgajos se pueden clasificar en: locales y a distancia. Los locales a su vez se dividen por deslizamiento o avance, por transposición y por rotación.

Los COLGAJOS POR DESLIZAMIENTO O AVANCE aprovechan la elasticidad de la piel vecina para cubrir la herida, en su forma más sencilla; se trazan una o dos incisiones paralelas a la herida de un losange, se debridan los bordes y se deslizan fácilmente los bordes de la herida quirúrgica.^{2,3,4,5,6}

Figura N° 9 y N° 10



Al avanzar o desplazar las ramas del colgajo se pueden formar en la base un pliegue, que permite su fácil deslizamiento, por lo que es necesario practicar unos triángulos que solucionan esa dificultad, llamados triángulos de Burow.³

Estos colgajos solo se mueven en una dirección, no hay componente de rotación, en esencia avanzan hacia el defecto, y la proporción entre longitud y anchura debe ser de 3:1.

Suelen usarse en áreas con laxitud adecuada de tejido, en zonas de tensión cutánea verticales y horizontales rectas, como frente, labios, barbilla y hélix auricular. Este colgajo puede cubrir defectos cuadrados o con otras formas, sus puntos de sutura clave, que soportan la mayor tensión y alinean el colgajo, se colocan en la punta del mismo.^{4,7}

Esta técnica es conocida también como plastia en U-H clásica en cirugía dermatológica, efectuándose como correctora de áreas cruentas, accidentales o terapéuticas. Constituye uno de los recursos reparadores más útiles, tanto por su fácil diseño como por su realización y porque puede aplicarse en cualquier región cutánea, sobre todo en reparación de defectos de frente, nariz y extremidades.⁵

Si las indicaciones y la técnica son correctas, no suelen presentarse complicaciones como necrosis, hematomas o infección, dando resultados realmente satisfactorios, desde el punto de vista resolutivo como estético.⁵

COLGAJOS DE TRANSPOSICIÓN:

Se mueven sobre la piel intacta adyacente para cerrar un defecto, utilizando en este movimiento tanto rotación como avance. Entre este tipo de colgajos están los de lóbulo único y el de dos lóbulos.^{3,6}

Suelen utilizarse en áreas donde es ventajoso transferir la tensión desde el cierre del defecto primario hacia la reparación del defecto secundario, como son punta y ala de la nariz, párpado inferior y los labios.

Este colgajo por tanto utiliza sitios donadores adyacentes para cerrar el defecto, los puntos de sutura clave se colocan cerca del defecto del segundo lóbulo del colgajo, y en las puntas de los colgajos.^{4,7}

Figura N° 11 y N° 12
Colgajo bilobulado



CONCLUSIONES

La cirugía dermatológica es básicamente oncológica y siguiendo la frase del profesor De Dulanto, debe ser básicamente curativa, de manera que la intención del cirujano dermatólogo debe ser la eliminación completa del tumor.⁶

Este criterio debe estar asociado a resultados cosméticos adecuados a considerar en la cirugía de cara, zona donde con más frecuencia aparece la patología oncológica cutánea.

Cuando los defectos cutáneos faciales secundarios a la extirpación de tumores, como distintos tipos de carcinomas, no pueden solucionarse con técnicas habituales a través de sutura directa debido al tamaño de la lesión, se justifica el conocimiento y práctica de otras alternativas como son los colgajos.

Por esta razón es necesario fomentar este tipo de prácticas en el campo de la cirugía básica dermatológica, para lograr la completa eliminación del tumor, preservando al máximo la funcionalidad y aspecto estético del área anatómica que se trate.

REFERENCIAS

1. Pérez Montejano M, Escudero C, Colás C, Oroz J. et al. *Carcinoma Basocelular de la nariz. Revisión y tratamiento quirúrgico en 68 pacientes. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra. Rev. Piel 1993; 8: 73 -78.*
2. Russo de la Torre F. *Colgajos cutáneos faciales (II): técnicas de reconstrucción de la pirámide nasal. Unidad de Dermatología. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. Rev. Piel 1998; 13: 44-55.*
3. Grinspan Bozza N. *Manual práctico de Dermatología Quirúrgica. Cap. Colgajos. Buenos Aires-Argentina. 2000:109-119.*
4. Briana W. Heinfeld, MD, Philip L Bailin, MD y Marsico R. *Clínicas Dermatológicas: Guía de campo para colgajos locales. McGraw-Hill Interamericana.1998: 67-77.*
5. Vicente A y Vilalta A. *Plastia en U-H. Departamento de Dermatología. Hospital Clínica Provincial. Universidad Central Barcelona. Rev. Piel 1989;4:208-210.*
6. Moreno Giménez JC y Vélez Garcia Nieto A. *Colgajos cutáneos faciales (I). Principios generales. Sección de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Facultad de Medicina Córdoba. Rev. Piel 1997; 12: 429-433.*
7. Kaufmann R, Podda M, Landes E, et al. *Operaciones Dermatológicas. Atlas a color de cirugía cutánea. Cap. 3. Técnicas de escisión y reparación de defectos en localizaciones especiales.3era Edición. 2009:129-133.*